

Une luxation du genou bi-croisée post-traumatique : un pronostic fonctionnel péjoratif

Dislocation of the Knee: A Pejorative Functional Prognostic

M. Violeau · C. Bardet · G. Vesselle

Reçu le 9 juin 2017 ; accepté le 11 août 2017
© SFMU et Lavoisier SAS 2017

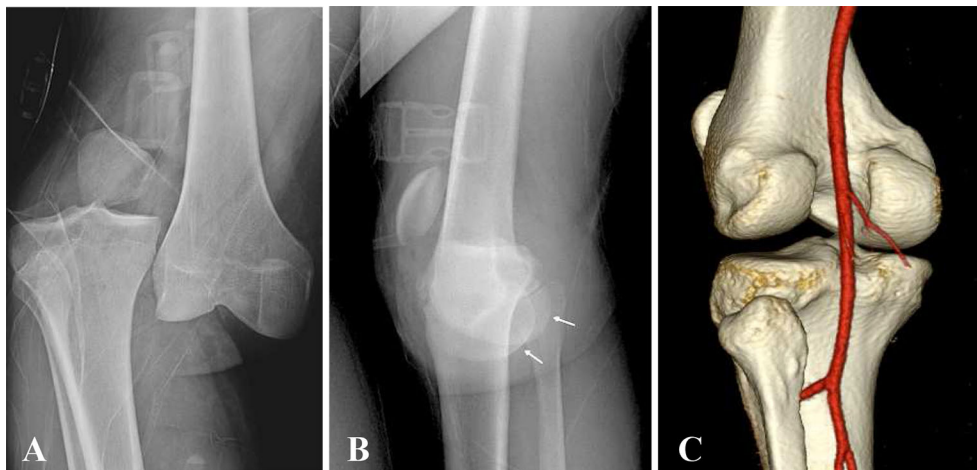


Fig. 1 Radiographies initiales du genou droit révélant une luxation complexe selon la classification de Neyret & Rongieras [1] associant translation latérale sur le cliché de face (A) et rotation modérée sur le cliché de profil (petites flèches) (B). L'angioscanner du membre inférieur droit après réduction de la luxation complexe du genou confirmait le rétablissement des rapports articulaires, l'absence de fracture et l'intégrité de l'artère poplitée (C)

Nous rapportons le cas d'un patient de 20 ans pris en charge par notre équipe SMUR lors d'un accident de la voie publique en cyclomoteur à haute cinétique. L'examen clinique du patient sur les lieux retrouvait une importante déformation du genou droit, avec un aspect de luxation latérale de la jambe, sans déficit sensitivo-moteur ni abolition des pouls distaux et une absence d'effraction cutanée en regard. Le diagnostic de luxation fémoro-tibiale complète du genou droit fut évident. Devant l'absence de signe de menace, aucune manœuvre de réduction ne fut effectuée en préhospitalier. Une co-analgésie fut initiée par kétamine (0,5 mg/kg) et propofol (0,5 mg/kg) lors de la mobilisation du patient (attelle et brancardage). Aux urgences, la radiographie de genou réalisée au lit du patient (Fig. 1) confirmait

une luxation complète latérale du genou droit. L'angioscanner aortique et des membres inférieurs permettait d'écartier toute lésion artérielle. La prise en charge chirurgicale consista en une réduction de la luxation en urgence sous anesthésie générale associée à une réparation capsulo-ligamentaire à distance. Un an après, malgré une rééducation optimale, le pronostic fonctionnel semblait encore défavorable. La luxation bi-croisée du genou est exceptionnelle (0,001 %) et survient lors de mécanisme à haute cinétique (accident de la voie publique, de travail, sport). Il existe différents types de luxation : sagittale antérieure (les plus fréquentes) ou postérieure (syndrome du tableau de bord), latérale ou médiane [1]. Dans notre cas, la luxation latérale, souvent difficilement réductible, empêchait toute manœuvre. Devant ce type de traumatisme, le diagnostic était évident mais il s'agissait de rechercher rapidement les complications immédiates. L'atteinte de l'artère poplitée domine le pronostic (dans 4-30 % des cas de lésions vasculaires) [2]. La tétrade de Griffiths permet d'identifier l'ischémie des

M. Violeau (✉) · C. Bardet · G. Vesselle
Service d'urgences-Samu-Smur, CHR de Niort,
40 avenue Charles de Gaulle, F-79000 Niort, France
e-mail : violeaum@hotmail.fr

membres : douleur, pâleur, absence de pouls, paralysie en particulier dans le territoire du sciatique poplité externe). L'imagerie est indispensable mais ne doit pas retarder la prise en charge. Désormais, l'angioscanner (ou l'angioIRM), moins invasif supplante progressivement l'angiographie peropératoire en réalisant une cartographie artérielle avec une précision équivalente. D'autres complications viendront altérer le pronostic fonctionnel notamment nerveuses avec l'atteinte du nerf sciatique poplité externe (son diagnostic est médico-légal) mais aussi cutanées ou osseuses, cartilagineuses, méniscales et ligamentaires. L'attitude thérapeutique est actuellement controversée : conservatrice ou chirurgicale. Elle varie selon le type de luxation, le terrain (âge et ambition sportive) et la gravité de l'état clinique du patient. Cependant, la réduction chirurgicale sous anesthésie générale associée au traitement des complications doit être pré-

coce. L'urgentiste devra donc, dès le préhospitalier, non seulement diagnostiquer, soulager et prévenir les complications de ce traumatisme mais surtout organiser rapidement la filière de soins pour atténuer un pronostic fonctionnel d'emblée défavorable.

Références

1. Neyret P, Rongieras F, Versier G, Aït Si Selmi T (2002) Physiopathologie, mécanismes et classification des lésions bicroisées. Sauramps Médical Paris p. 375–86
2. Bonneville P, Pidhorz et les membres du Groupe d'Etude en Traumatologie Ostéoarticulaire (GETRAUM) (2006) Traumatismes des genoux associés à une rupture de l'artère. Rev Chir Orthop 92:508–17